



L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées



Dossier technique SSIAD :

Pour un cadre budgétaire en adéquation avec les besoins

01 septembre 2019

Dossier suivi par :

Valérie STAES, Chargée de mission sur les politiques autonomie UDCCAS Nord - valeriestaes@udccas59.fr
Anne-Sophie BARTIER, Pilote MAIA Lille Métropole Sud Est portée par EOLLIS - asbartier-maialmse@eollis.net

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
I - PRESENTATION DU TERRITOIRE	2
II - DEFINITION SSIAD ET FONCTIONNEMENT	4
III - CONTEXTE/CONSTATS.....	5
a. Augmentation des dépenses liés aux soins infirmiers libéraux.....	5
b. Les indus réclamés par les CPAM aux SSIAD déséquilibrent les budgets des SSIAD.....	6
IV. PROBLEMATIQUES ET CONSEQUENCES	7
V - PISTES EXPLOREES ET PROPOSITIONS	9
a. Réguler les indus réclamés aux SSIAD par la CPAM	9
b. Embaucher des IDE salariés	9
c. Décharger les SSIAD de la gestion des soins infirmiers	10
d. Harmoniser le prix à la place des SSIAD en région.....	10
e. Externaliser certains soins de la prise en charge des SSIAD	10
CONCLUSION.....	13
GLOSSAIRE	14
ANNEXES	15
ANNEXE 1 : Avenant 6.....	16
ANNEXE 2 : Liste des SSIAD répondants et remerciements	22
ANNEXE 3 : Rencontres de travail	23

INTRODUCTION

Depuis 2016, la MAIA Lille Métropole Sud Est travaille avec les 10 SSIAD du territoire MAIA dans le cadre de la commission Inter-SSIAD sur la problématique du coût des actes effectués par les infirmiers libéraux auprès des patients pris en soins par les SSIAD.

L'UDCCAS du Nord organise également des groupes de travail avec les 21 SSIAD gérés par un CCAS adhérents. Ces groupes d'échanges entre SSIAD ont confirmé des difficultés partagées d'ordre budgétaires et éthiques pour les SSIAD.

La MAIA Lille Métropole Sud Est (LMSE) comme l'UDCCAS ont alerté à plusieurs reprises l'ARS des Hauts-de-France sur l'enjeu aujourd'hui d'interroger le modèle économique des SSIAD et les moyens qui leur sont alloués dans le cadre de la politique autonomie du maintien à domicile. Interpelée sur les inquiétudes des SSIAD quant à ces évolutions, l'ARS a accepté de recevoir une délégation de cette commission inter-Ssiad pilotée par la MAIA LMSE et l'UDCCAS le 03 mai 2019. Les CPAM du Nord ont également été informées de cette situation et associées aux réflexions des SSIAD.

A l'aune de la préparation de la Loi Grand Age et Autonomie et au moment de la reprise des travaux de l'Agence Technique de l'information sur Hospitalisation (ATIH) sur les coûts SSIAD, il nous paraît opportun de relayer les difficultés des SSIAD et d'émettre des propositions à l'échelle nationale via les différentes fédérations et l'ARS des Hauts-de-France. C'est ainsi la vocation de ce dossier technique qui a nécessité plusieurs rencontres (8 commissions Inter-SSIAD, 4 rencontres avec des partenaires ou des financeurs et 21 réunions en petit groupe de travail¹) afin de faire état des pistes explorées et propositions.

I - PRESENTATION DU TERRITOIRE

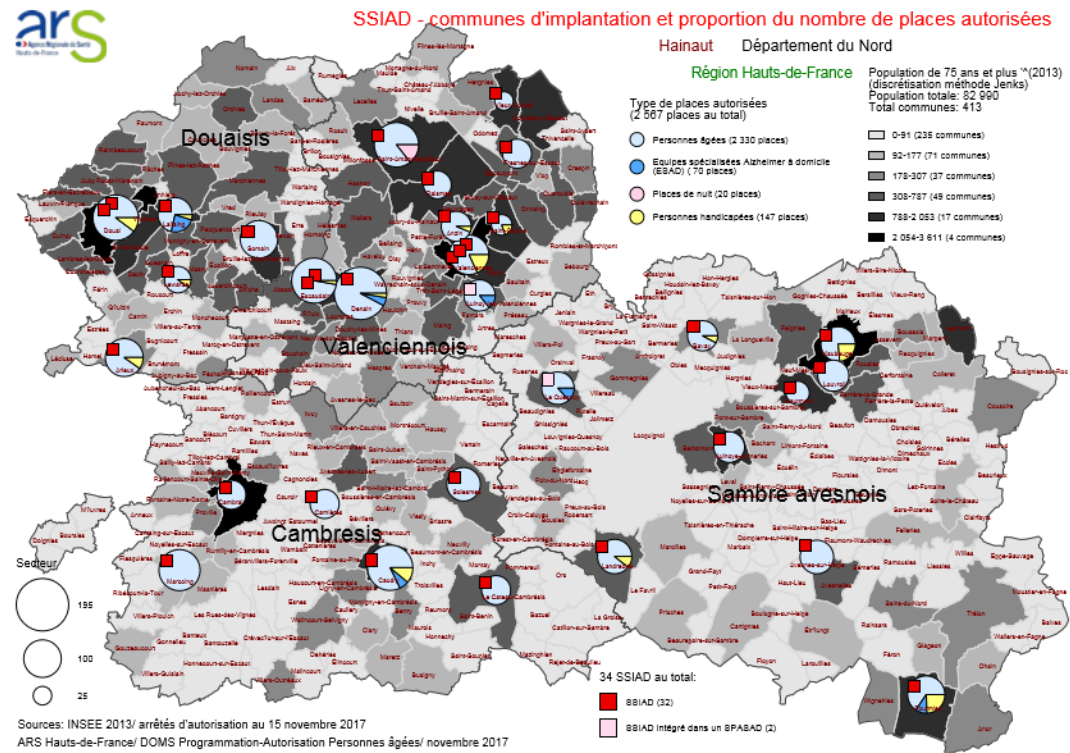
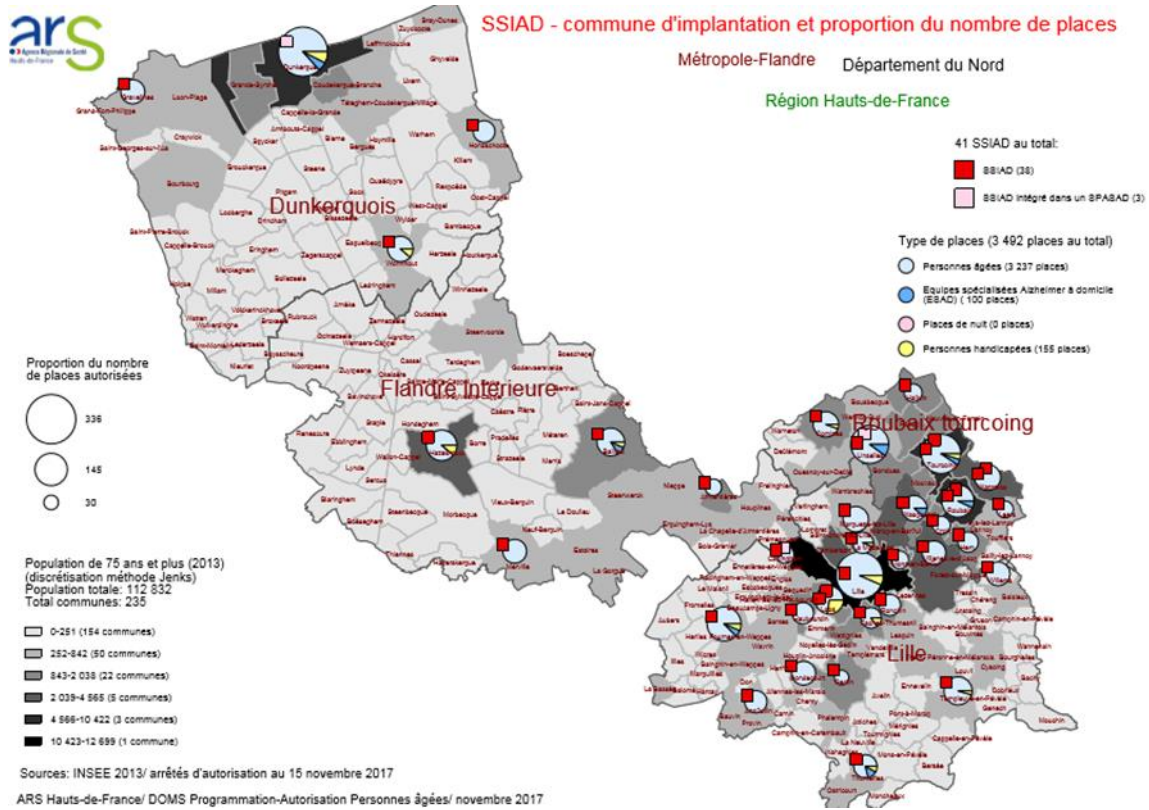
Le territoire des MAIA du département du Nord est couvert par 75 SSIAD, 41 (soit 55 % de retours)² ont répondu à une enquête répertoriant des données chiffrées relatives à leurs activités 2018.

Les SSIAD du Nord ont une capacité cumulée de 5567 places Personnes Agées.

¹ Liste des rencontres en annexe

² Liste des SSIAD répondants en annexe

Répartition des SSIAD dans le département du Nord



II - DEFINITION SSIAD ET FONCTIONNEMENT

Les SSIAD sont autorisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à dispenser sur prescription médicale des soins d'hygiène et de confort (toilette, habillage, mobilisation, prévention, éducation à la santé) aux :

- personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie (GIR 1 à 4),
- personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique.

Par ses actions, les SSIAD :

- Contribuent à l'autonomie de la personne soignée,
- retardent ou évitent une institutionnalisation,
- réduisent un séjour hospitalier et facilitent le retour à domicile,
- évitent une hospitalisation lors de la survenue d'une phase aiguë d'une pathologie.

Le décret du 25 avril 2004 régissant le fonctionnement des Services de Soins Infirmiers à Domicile, indique que les soins techniques ne pouvant être délégués aux aides-soignants pourront être effectués par des infirmiers libéraux, dont les honoraires seront alors supportés par le SSIAD ; de même, lorsqu'un usager a besoin de soins de pédicurie, le coût de l'intervention du pédicure libéral peut être pris en charge par le SSIAD.

Les SSIAD ont recours à des infirmiers libéraux (prestataires extérieurs) pour réaliser les soins techniques³.

Leur facturation est effectuée selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur, c'est à dire de la même façon que lorsqu'ils facturent auprès des caisses de sécurité sociale.

Les SSIAD sont financés par l'ARS au moyen d'une dotation globale annuelle qui est fixée en général au mois de juin de l'année N, suite aux propositions budgétaires qui lui sont adressées au plus tard le 31/10 de l'année N-1 au moyen d'un cadre réglementaire reprenant les dépenses envisagées.

Un douzième de cette dotation annuelle est ensuite versée mensuellement par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Cette dotation représente l'unique source de financement de la structure, dénommée sur le cadre réglementaire : « produits de la tarification ».

³ Soins techniques : Pansements, préparation de thérapeutiques, ...

III - CONTEXTE/CONSTATS

Les besoins des SSIAD sont croissants. Le vieillissement de la population provoque, en effet, davantage de situations complexes et/ou de grande dépendance, s'additionnant à de multiples pathologies chroniques. **Cette situation engendre un déséquilibre budgétaire, entre la dotation globale versée par l'ARS et les nouvelles réalités de terrain rencontrées par les SSIAD. Le montant de la dotation ne tient pas compte de l'augmentation exponentielle de recours aux soins infirmiers, ainsi que de l'augmentation du coût des actes de soins infirmiers.**

a. Augmentation des dépenses liés aux soins infirmiers libéraux

En effet, depuis plusieurs années, les dépenses liées aux prestations effectuées par les infirmiers libéraux sont bien supérieures au budget prévu par l'ARS pour ce poste.

En 2018, le coût réel en soins infirmiers représente en moyenne 16 % de la dotation globale autorisée, avec des taux variant de 7 % à 29 %. Ces taux peuvent effectivement être très variables selon les SSIAD, et parfois seulement du fait d'un ou deux patients pris en charge dont le coût journalier en soins infirmiers va être très élevé (parfois équivalent à deux fois le prix de journée d'un SSIAD !), sans pour autant que la nature des soins et l'état de santé du patient ne relèvent de l'HAD.

De plus, selon la CPAM l'évolution du coût des soins Infirmiers de ville présente une augmentation exponentielle (2017 : +4,7% au national, +5% en région) s'expliquant par :

- L'évolution du contexte sociodémographique
- La diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS), qui déplace des soins auparavant hospitaliers vers les soins de ville
- L'augmentation du nombre d'installations d'IDE libéraux, créant une augmentation de la consommation de soins.

En parallèle, les dotations des SSIAD ne bénéficient d'une évolution de ce poste budgétaire que de +0,7 à +0,8% par an, ce qui implique :

- Soit un déséquilibre budgétaire important pour le SSIAD
- Soit un choix, contraire à l'éthique infirmière, imposant aux SSIAD de refuser ou même d'arrêter la prise en charge de patients « couteux » (notamment les diabétiques), les laissant ainsi en carence de soins.

Afin de viser l'équilibre budgétaire certains SSIAD tentent de maîtriser ces dépenses via :

- une sensibilisation des médecins prescripteurs, des intervenants libéraux, des usagers et de leurs familles sur la nécessité de limiter les coûts, notamment en confiant certains soins aux aidants familiaux ou salariés (exemple pour l'administration de traitements simples),
- un contrôle des facturations des infirmiers libéraux par le SSIAD grâce à une parfaite connaissance des usagers (soins en cours, absences, ...) et de la nomenclature en vigueur,

- une convention proposée à l'infirmier libéral négociant une tarification inférieure à celle prévue par la NGAP en vigueur.

Malgré ces efforts, des SSIAD sont contraints de solliciter auprès de l'ARS un complément de financement pour parvenir à honorer les paiements des actes effectués par les intervenants libéraux.

Ainsi, certains SSIAD ont pu bénéficier d'un financement complémentaire sous la forme d'un Crédit Non Reconductible (CNR), qui intervient au mois de novembre de l'année N, en faisant valoir que le déficit n'est pas considéré comme une faute de gestion, puisque ce sont des soins prescrits par les médecins traitants en fonction des besoins des patients.

Néanmoins, l'ARS a précisé le caractère exceptionnel d'un tel financement, et a rappelé que le Crédit Non Reconductible n'avait pas vocation à être une mesure pérenne. De surcroît, la perspective de l'évolution de la gestion budgétaire par un CPOM à l'horizon 2021 mettra fin aux crédits non reconductibles qui jusqu'alors permettaient de rétablir l'équilibre budgétaire des SSIAD.

Par ailleurs, l'avenant 6 signé le 29 mars 2019 par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam), la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) revalorise l'activité des infirmiers :

- L'accompagnement de la prise médicamenteuse à domicile
- La prise en charge des soins post-opératoires à domicile (01/01/2021)
- La prise en charge des pansements courants, lourds et complexes
- La prise en charge des patients dépendants

De plus, l'avenant instaure de nouveaux modes d'organisation avec l'usage des outils numériques dont la téléconsultation.

L'enveloppe budgétaire concédée par l'UNCAM pour ces revalorisations est de 365 millions d'euros sur 5 ans, soit 73 millions d'euros par an. **De quelle manière les enveloppes budgétaires des SSIAD seront-elles revalorisées afin de faire face à cette augmentation ?**

b. Les indus réclamés par les CPAM aux SSIAD déséquilibrent les budgets des SSIAD

Les conventions passées entre les SSIAD et les Infirmiers Diplômés d'Etat libéraux ne sont pas opposables aux CPAM lors d'éventuelles réclamations d'indus.

Lorsque la convention passée avec l'IDEL et le SSIAD prévoit que les actes effectués sur l'année N devront être facturés au SSIAD avant le 10 janvier de l'année N+1, les IDEL peuvent toujours demander le paiement directement auprès de la CPAM jusqu'à deux ans après la réalisation des actes. Le SSIAD sera alors redevable d'un indu sur des actes effectués sur un exercice comptable clos. Dans ce cas le SSIAD supporte ainsi cette dépense de redressement sur fond propre déséquilibrant davantage le budget en année N, alors que la responsabilité de ce manquement ne lui incombe pas.

IV. PROBLEMATIQUES ET CONSEQUENCES

Dans ce contexte les SSIAD seront-ils contraints de prendre des orientations visant à réduire de façon significative le montant des actes effectués par les intervenants libéraux ?

Cela se traduit dès à présent par les pratiques suivantes :

- Refus de prise en charge d'un patient dont le coût en actes techniques est élevé,
- Interruption de la prise en charge d'un patient le temps d'un traitement coûteux,
- Prise en charge d'un nombre de patients inférieur au nombre de places financées,
- Sélection de patients en meilleure santé, nécessitant moins de soins infirmiers,
- Limiter les interventions 7j / 7.

Cette posture n'est pas conforme à l'exercice de la mission dévolue aux SSIAD, et ne répond pas aux besoins des usagers.

En effet :

- ✓ Lorsqu'un SSIAD refuse de prendre en charge un patient dont le coût en actes techniques est élevé mais dont la technicité des soins n'est pas du ressort d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD), qui va s'occuper de ses soins d'hygiène et de confort ? Parfois ce sera l'infirmier libéral, mais il manque souvent de temps pour ce type de soins. Parfois ce sera une aide à domicile qui n'a pas de formation paramédicale, et dont le temps d'intervention est limité. Parfois, c'est la famille, ce qui induit le plus souvent un épuisement de l'aidant.
- ✓ Lorsqu'un SSIAD interrompt la prise en charge d'un patient le temps d'un traitement coûteux, comme par exemple une perfusion par voie sous-cutanée lors d'une période de déshydratation, dans ce cas, le service interrompt ses soins à un moment où le patient en a le plus besoin et où il est le plus fragilisé, ce qui est en contradiction avec les missions du SSIAD.
- ✓ Le taux d'occupation d'un SSIAD étant en moyenne de 90 %. Lorsqu'il décide de prendre en charge un nombre de patients inférieur au nombre de places autorisées, cela revient à limiter l'accès au SSIAD à des personnes qui en relèveraient.
- ✓ Lorsqu'un SSIAD privilégie la prise en charge de patients en meilleure santé, le profil des usagers qu'il accueillera sera plutôt celui d'un Service d'Aide à Domicile (SAD).

Ces stratégies visant à préserver les situations budgétaires des SSIAD ont pu être évaluées par un recueil de données auprès de 41 SSIAD du département du Nord en 2019.

Ils ont un **taux d'occupation en moyenne de 90 %** (ce pourcentage varie entre 61 % à 100 % selon les SSIAD).

50 % des SSIAD ont dû refuser des patients car les actes techniques étaient trop coûteux. Cela correspond en moyenne à 5 patients par SSIAD, et concerne 164 personnes.

Ce chiffre est certainement sous représentatif de la réalité :

- Plusieurs SSIAD ne tracent pas ces demandes de prise en charge, qui constituent des refus contraires à l'éthique de la profession infirmière,
- Certains partenaires (services sociaux hospitaliers, CLIC, MAIA, ...) n'orientent même plus ce type de patients vers les SSIAD sachant qu'ils vont être refusés.

9 SSIAD (22%) ont dû interrompre une ou plusieurs prises en charges car trop coûteuses. Cela concerne généralement les patients diabétiques ou les patients nécessitant la mise en place d'une perfusion par voie sous-cutanée.

En moyenne, 51% de patients pris en charge par les SSIAD ne sont pas accompagnés le week-end. Ce chiffre varie entre 8% et 82%.

Ces personnes n'ont pas été prises en charge car les SSIAD n'ont pas les moyens financiers d'assurer la prise en charge du patient 7j/7. La plupart de ces patients sont sur liste d'attente (en attente d'une place qui se libère le week-end) et sont donc pris en charge par un SAD qu'ils doivent rémunérer ou par la famille.

Cette impossibilité de prise en charge de certains patients le week-end et jours fériés induit des carences en soins ayant pour conséquence des problèmes cutanés pour les usagers et engendre de ce fait des soins plus longs et plus importants suite à ces jours de non prises en charge.

V - PISTES EXPLOREES ET PROPOSITIONS

Lors de la dernière rencontre avec l'ARS des Hauts de France en mai dernier, plusieurs propositions ont été discutées afin de corréliser une politique de maintien à domicile forte et la mise à disposition de moyens répondant aux besoins des personnes accompagnées.

a. Réguler les indus réclamés aux SSIAD par la CPAM

La rencontre de novembre 2018 avec l'UDCCAS et la CPAM a pointé l'impossibilité de croiser les fichiers des patients signalés comme étant pris en charge par les SSIAD et des paiements demandés par les IDEL pour des actes effectués chez ces mêmes patients. Il est donc impossible de bloquer les paiements demandés par carte vitale pour les patients pris en charge par les SSIAD ce qui génère des indus réclamés par les CPAM.

De même, il est à ce jour techniquement impossible pour les CPAM de réclamer le montant des indus directement aux IDE car le recouvrement est organisé au niveau national.

Un travail est en cours pour harmoniser les conventions et favoriser l'accompagnement des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL).

b. Embaucher des IDE salariés

L'embauche d'infirmiers salariés par les SSIAD :

Cette proposition de l'ARS avait été envisagée en amont par plusieurs SSIAD, mais mettait en évidence des limites :

- le non-respect du libre choix du patient
- la baisse d'activité du SSIAD dès lors que le patient ou le médecin préfère travailler avec un infirmier libéral qu'il connaît depuis longtemps plutôt qu'avec un SSIAD : dans ce cas le SSIAD perdra le patient
- le coût salarial + matériel + frais de déplacement + astreintes + formations + gestion de l'absentéisme est supérieur au coût des interventions à l'acte des IDE libéraux.

En effet, certains SSIAD dont le logiciel permet de tracer de façon précise les soins effectués auprès de leurs usagers en 2018 ont pu comparer le coût en soins entre infirmiers libéraux et infirmiers salariés : en moyenne, il est 49 % plus élevé pour les infirmiers salariés et varie selon les SSIAD avec + 8% au minimum à + 105% au maximum. A ce coût, il faudra ajouter les frais kilométriques, le matériel de soins, le coût des astreintes, les formations, et la gestion de l'absentéisme. De plus, certains SSIAD seront amenés à supporter des coûts supplémentaires de temps, de trajet liés à la particularité de leur territoire (zone géographique étendue ou trafic régulièrement perturbé).

Dans notre région, plusieurs expériences ont déjà été menées :

- A Amiens, le SPASAD de la Croix-Rouge française a arrêté l'emploi d'IDE salariés car cela ne permettait pas l'équilibre budgétaire.
 - un autre SSIAD en Picardie a décidé de prendre des IDE salariés. De ce fait, beaucoup de patients ont fait le choix de conserver leur IDEL et de renoncer aux services du SSIAD car :
 - ils connaissent l'IDEL depuis plus longtemps que le SSIAD et y sont attachés,
 - de nombreux médecins préconisent à leurs patients de faire le choix de l'infirmier libéral car ils s'opposent à ce que le SSIAD impose ses IDE salariés (non-respect du libre-choix).
- Ce SSIAD est en difficulté car il a un taux d'activité très bas.

c. Décharger les SSIAD de la gestion des soins infirmiers

Bien que cette proposition puisse sembler idéale sur le plan budgétaire, elle pourrait à terme provoquer un défaut de coordination avec les IDE libéraux et les médecins au détriment de l'utilisateur, et une perte d'identité des SSIAD qui sont déjà à ce jour souvent confondus avec les SAD.

d. Harmoniser le prix à la place des SSIAD en région

L'ARS Hauts-de-France nous a indiqué qu'une harmonisation des tarifs à la place au niveau régional était actuellement en cours. En effet, la moyenne régionale se situe à 11.990 €/place. L'étude met en évidence des coûts à la place variant de 10 154 € à 14 532 €/place.

Néanmoins, une harmonisation nationale serait à envisager : il existe en effet d'importants déséquilibres de moyens au niveau national. Une analyse des comptes administratifs de 2013 réalisée par la CNSA estimait le coût médian à la place au niveau national à 12.367€, et le coût moyen (hors DOM-TOM) à 12.467€ (le plus bas étant celui du Nord-Pas de Calais à 10.154 €).

e. Externaliser certains soins de la prise en charge des SSIAD

Il est impossible de chiffrer l'impact des mesures de l'avenant n°6 sur le budget des SSIAD : les ablations de sondes vésicales, l'évaluation des soins post-opératoires, le retrait d'un redon, un bilan initial de prise en charge des plaies complexes... Tous ces actes n'existaient pas jusqu'alors, et il est impossible d'évaluer combien d'utilisateurs du SSIAD auraient pu être concernés par ces soins.

Néanmoins, compte tenu de l'enveloppe dédiée au financement de ces mesures nouvelles (365 millions d'euros pour 5 ans), nul doute que celles-ci vont grever encore davantage le budget en soins infirmiers des SSIAD.

L'avenant n°6 prévoit également, pour les infirmiers libéraux qui effectuent des prestations de soins auprès de personnes dépendantes, des « forfaits dépendance ». Néanmoins, il est précisé que certains actes de soins seront externalisés de ce forfait dépendance, c'est-à-dire facturés en plus :

- Les perfusions
- Les pansements lourds et complexes
- Les soins relatifs au diabète

- Les prises de sang

Le fait d'externaliser certains soins d'un forfait n'est pas nouveau : depuis 2011, les EHPAD bénéficient d'une externalisation de leur forfait soins des actes relatifs à la dialyse péritonéale effectuée par les infirmiers libéraux au sein de leur établissement.

Par ailleurs, les SSIAD sont confrontés à la problématique de l'administration des thérapeutiques qui est de plus en plus souvent assurée par les infirmiers libéraux sur demande expresse du médecin traitant.

En effet, même lorsque le SSIAD explique au médecin, à l'infirmier ou à la famille que les aides-soignants ainsi que les auxiliaires de vie sont en mesure d'assurer l'administration des traitements per os ne présentant pas de difficulté particulière ni de nécessité d'apprentissage (circulaire DGS/PS 3/DAS n° 99-320 du 04/06/1999), le choix de l'infirmier libéral est le plus souvent fait pour accomplir cet acte.

Les raisons sont multiples :

- Lorsque le SSIAD est interpellé car l'utilisateur nécessite une aide à la toilette, l'infirmier libéral assure déjà la gestion et la distribution de ses thérapeutiques depuis longtemps. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient ne souhaitent changer le système en place puisqu'il fonctionne bien, et l'infirmier libéral n'a pas envie d'être évincé de la prise en soins de son patient.
- Le médecin traitant et la famille souhaitent maintenir ou mettre en place un infirmier libéral pour l'administration des thérapeutiques car cela permet des passages supplémentaires au domicile lorsque la personne âgée dépendante est isolée.
- Lorsque le SSIAD n'est pas en mesure d'intervenir 7j/7 matin et soir, il est contraint de faire assurer la délivrance des médicaments par un autre intervenant. Lorsqu'un service d'aide à domicile peut intervenir et accepte de s'en charger, la délivrance des médicaments peut lui être confiée. A défaut, le SSIAD sera contraint de faire appel à un infirmier libéral.

Pour certains SSIAD, cet acte est déjà celui qui grève le plus le budget relatif aux soins effectués par les infirmiers libéraux.

L'avenant n°6 prévoyant une revalorisation de cet acte ainsi qu'un assouplissement des restrictions qui l'encadrent, il est nécessaire d'ajouter à la liste des actes à externaliser de la dotation globale des SSIAD l'ensemble des soins relatifs à la préparation, la surveillance et l'administration des thérapeutiques orales.

Comme cela est possible pour les EHPAD (décret n° 2011-1602), les SSIAD du territoire du Nord proposent qu'une partie des soins infirmiers soient externalisés de leur dotation globale, à savoir :

- **Les perfusions**
- **Les pansements lourds et complexes**
- **Les soins relatifs au diabète**
- **Les prises de sang**
- **Les dialyses péritonéales**

La réflexion se porte également sur les actes relatifs à la préparation, la surveillance et l'administration des thérapeutiques orales.

Ainsi, la dotation pour les soins infirmiers servira à régler :

- les pansements simples,
- les injections Intramusculaires et sous-cutanées (hors insulines),
- les aérosols,
- les sondages vésicaux,
- les alimentations sur sonde nasogastrique
- les lavements médicamenteux

Il est précisé que cette externalisation de certains soins est proposée par les SSIAD car elle permettrait plus d'équité entre les infirmiers libéraux et les SSIAD.

En effet, grâce à l'avenant n°6, lorsqu'un infirmier libéral prendra en soins un patient dépendant qui nécessite à la fois une toilette et des soins techniques, il percevra le règlement des actes techniques **en complément** du forfait dépendance.

En revanche, si c'est le SSIAD qui s'occupe de la toilette, il devra régler à l'infirmier les actes techniques **en déduction** du forfait soins qu'il perçoit.

CONCLUSION

Les SSIAD représentent un acteur incontournable du maintien à domicile des personnes âgées. C'est pourquoi, il est nécessaire de repenser leur système de financement afin qu'ils puissent assumer leurs missions.

L'étude des coûts diligentée par l'ATIH est basée sur des chiffres 2017 et a pris du retard dans l'analyse des données. Or, le vieillissement de la population, la complexité grandissante des situations à domicile, la grande dépendance et la poly pathologie ne permettront pas au SSIAD de patienter davantage : des mesures d'urgence apparaissent nécessaires dans le cadre de la loi Grand Age et Autonomie afin d'allouer aux SSIAD les ressources correspondant aux besoins des personnes accompagnées.

En ce sens, les SSIAD participants à ce dossier souhaiteraient que la piste de l'harmonisation du prix à la place ainsi que celle de l'externalisation partielle de certains actes infirmiers (cf. avenant n°6) soient étudiées et qu'un retour sur l'effectivité de ces propositions leur soit communiqué.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régional de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNI : Fédération Nationale des Infirmiers

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAIA LMSE : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie Lille Métropole Sud Est

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SAD : Service d'Aide à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SNIIL : Syndicats Des Infirmières Et Infirmiers Libéraux

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

ANNEXES

ANNEXE 1 : Avenant 6

ANNEXE 2 : Liste des SSIAD répondants

ANNEXE 3 : Rencontres de travail

ANNEXE 1 : Avenant 6

<https://www.ameli.fr/infirmier/actualites/avenant-6-les-principales-mesures>

Avenant 6 : les principales mesures

L'avenant signé le 29 mars par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (Sniil), reconnaît le rôle grandissant que jouent ces soignants, notamment dans le cadre du virage ambulatoire. Il renforce également le rôle accru de ces professionnels de santé dans la coordination des soins et la prévention. Il prévoit une évolution majeure de la prise en charge des patients dépendants en organisant la généralisation du bilan de soins infirmier (BSI) favorisant la coordination des soins avec le médecin et en modifiant progressivement le mode de rémunération des soins réalisés au domicile de ces patients. Il encourage l'usage des outils numériques dans la prise en charge des patients. L'accord conforte enfin et fait évoluer le dispositif démographique existant afin de continuer à favoriser une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire et notamment en zone sous-dense.

Le bénéfice financier de cet accord pour les infirmiers libéraux est estimé à 365 millions d'euros sur une période de 5 ans (2019-2023), dont 350 millions d'euros à la charge de l'Assurance Maladie.

Cet accord rénove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux [dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants 1 à 5](#). Il entrera en vigueur (en dehors de certaines mesures notamment de valorisation pour lesquelles des dates d'entrée en vigueur précises figurent dans le texte) au lendemain de sa publication au Journal officiel, qui devrait intervenir au plus tard en juin 2019 compte tenu des délais légaux d'opposition et d'approbation.

Un dispositif démographique rénové pour favoriser l'accès aux soins

L'avenant n° 6 conforte et fait évoluer les dispositions démographiques existantes afin de continuer à favoriser l'accès aux soins par une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire, autour de quatre axes.

A) Une méthodologie de zonage rénovée

Une nouvelle méthodologie de classification des zones (surdotée, très dotée, intermédiaire, sous-dotée, très sous-dotée) a été retenue sur la base de la méthode de l'« accessibilité potentielle localisée » (APL) développée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le zonage a été à ce titre actualisé au regard des dernières données de recensement de la population.

B) 3 nouveaux contrats incitatifs

Trois nouveaux contrats incitatifs applicables dans les zones très sous dotées remplaceront à terme ceux existants aujourd'hui :

- un contrat destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée et sollicitant pour la première fois leur conventionnement : le contrat d'aide à la première installation ;

- un contrat destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée : le contrat d'aide à l'installation ;
- un contrat destiné aux infirmiers conventionnés déjà installés en zone très sous-dotée : le contrat d'aide au maintien.

L'infirmier qui adhérera à ces contrats devra respecter un certain nombre d'engagements :

- exercer pendant une durée de 3 ou 5 ans (selon le contrat) dans la zone ;
- justifier d'un niveau d'activité suffisant dans la zone ;
- exercer en groupe ;
- remplir les conditions permettant de percevoir les indicateurs socles de l'aide à la modernisation et l'informatisation (logiciels DMP-compatibles, messagerie sécurisée de santé, taux de télétransmission, utilisation de SCOR, utilisation pour la facturation d'une version de cahier des charges Sesam Vitale à jour).

Le professionnel adhérant au contrat pourra percevoir les aides suivantes :

- contrat d'aide à la première installation : 37 500 € sur 5 ans, non renouvelable ;
- contrat d'aide à l'installation : 27 500 € sur 5 ans, non renouvelable ;
- contrat d'aide au maintien : 3 000 € par an sur 3 ans, renouvelable.

Pour chaque contrat, il est prévu la possibilité pour l'infirmier de bénéficier, en plus, d'une aide de 150 € par mois s'il s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour le stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Les infirmiers pourront conclure ces nouveaux contrats dès lors que les arrêtés des ARS de chaque région relatifs aux nouveaux contrats types régionaux et au nouveau zonage seront publiés (dans le délai d'un an).

Dans l'attente, les infirmiers peuvent toujours continuer à adhérer aux contrats incitatifs en vigueur (issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale des infirmiers) ou voir renouveler leur adhésion jusqu'à la date d'entrée en vigueur des arrêtés relatifs au nouveau zonage et aux nouveaux contrats types régionaux. Les contrats incitatifs en cours, conclus ou renouvelés dans le cadre des avenants 3 et 5, perdureront jusqu'à leur arrivée à échéance, sauf en cas de résiliation.

C) Maintien du dispositif de régulation et évolution des modalités du conventionnement dans les zones surdotées

Le dispositif de régulation du conventionnement en zone surdotée est maintenu. Toutefois, ses modalités évoluent. En effet, dans les zones surdotées, en cas de cessation d'activité d'un infirmier, la place vacante ne pourra être attribuée qu'au seul successeur de l'infirmier. Si ce n'est pas le cas, la place vacante disparaîtra.

L'avenant prévoit également que l'infirmier ayant obtenu son conventionnement en zone surdotée sera tenu d'initier ses formalités d'installation dans les 6 mois suivant la notification de la décision de conventionnement afin d'éviter le « blocage artificiel » de places en zones surdotées.

D) Encadrement de l'activité en zones intermédiaires ou très dotées situées en périphérie des zones surdotées

Un encadrement du conventionnement en zone intermédiaire ou très dotée située en périphérie des zones surdotées est mis en place (la liste de ces zones soumises à encadrement sera définie en commission paritaire régionale au regard de la publication du nouveau zonage). L'infirmier libéral qui s'installera nouvellement dans l'une de ces zones devra réaliser les deux tiers de son activité

dans sa zone d'installation pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice (objectif : éviter que l'infirmier installé dans ces zones réalise en réalité la plupart de son activité en zone surdotée – cet encadrement ne s'appliquera que pour les nouvelles installations à compter de la parution du nouveau zonage).

Une valorisation de l'activité des infirmiers

A) L'accompagnement de la prise médicamenteuse à domicile :

- Un acte inscrit à la [nomenclature générale des actes professionnels \(NGAP\)](#) sera créé pour l'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse (3 séances : la première séance serait valorisée à hauteur de AMI 5,1 et les deux séances suivantes à hauteur de AMI 4,6). Cet acte serait prescrit par le médecin lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin traitant ou le prescripteur (à compter du 1er janvier 2022).
- L'avenant prévoit par ailleurs une revalorisation de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (AMI 1,2 au 1er juillet 2020). Son libellé évoluera également avec l'inclusion des patients avec troubles cognitifs, la modification de la règle d'un passage quotidien (maximum 15) et la suppression de la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants (à compter du 1er décembre 2019).

B) Prise en charge des soins post-opératoires à domicile (à compter du 1er janvier 2021)

De nouveaux actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels seront créés afin de permettre la prise en charge des soins post-opératoires : une séance de surveillance clinique et d'accompagnement post-opératoire à domicile valorisée à hauteur de AMI 3,9, une séance de surveillance du cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire valorisée à hauteur de AMI 4,2, un acte de retrait de sonde urinaire valorisé à hauteur de AMI 2, un acte de changement de flacon de redon ou retrait post-opératoire de drain valorisé à hauteur de AMI 2,8.

C) La prise en charge des pansements courants, lourds et complexes

Pansements courants

Les pansements de trachéotomie, de changement de canule, de pansements liés à l'abdominoplastie, chirurgie mammaire, le stripping veineux et les stomies seront revalorisés à hauteur de AMI 3, un nouveau libellé sera créé pour les pansements après chirurgie des veines avec incisions cutanées multiples (à compter du 1er janvier 2020).

Pansements lourds et complexes

De nouveaux actes seront créés à la NGAP : un acte de bilan initial de prise en charge de plaie par épisode de cicatrisation nécessitant un pansement lourd et complexe (valorisé à hauteur de AMI 11 à compter du 1er janvier 2020), un acte d'analgésie topique valorisé à hauteur de AMI 1,1, un acte de pansement avec compression valorisé à hauteur de AMI 5,1 ; les libellés de certains actes existants à la NGAP évolueront (à compter du 1er juillet 2020).

D) La prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans

Une majoration conventionnelle d'un montant de 3,15 € par séance de soins va être créée (à compter du 1er janvier 2020).

E) La prise en charge des patients dépendants

L'avenant met en place des mesures structurantes pour la profession afin de favoriser le maintien à domicile des patients dépendants.

- Le nouveau dispositif du [bilan de soins infirmiers \(BSI\)](#) sera mis en place progressivement (en remplacement de la [démarche de soins infirmiers](#)). L'avenant prévoit par ailleurs, une valorisation de ce bilan réalisé initialement (25 €) ou en renouvellement (12 €).
- Parallèlement, les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants sont réformées afin de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier dans la prise en charge du patient et le niveau de complexité de certains actes réalisés. Ainsi, l'accord prévoit une rémunération non plus à l'acte mais sous la forme de 3 forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants s'échelonnant de 13 €, 18,20 € à 28,70 € selon la charge en soins nécessitée par le patient (léger, intermédiaire, lourd).

Compte tenu du caractère novateur de la mesure, le BSI et le nouveau mode de facturation associé seront mis en place progressivement en 4 étapes, à partir de janvier 2020 (en remplacement de la démarche de soins infirmiers), avant une généralisation complète en 2023, qui fera l'objet d'évaluations intermédiaires :

- à compter du 1er janvier 2020, le BSI sera mis en œuvre pour les patients âgés de 90 ans et plus ;
- à compter du 1er janvier 2021, il s'élargira aux patients âgées de 85 ans et plus ;
- à compter du 1er janvier 2022, il intégrera les patients dépendants de 78 ans et plus ;
- à compter au 1er janvier 2023, il pourra être généralisé à tous les patients dépendants.

Les infirmiers pourront, en sus de ces forfaits, facturer certains actes techniques (à compter du 1er mai 2020).

F) Les autres mesures de valorisation (1er décembre 2019)

Il est prévu la possibilité pour les infirmiers d'associer à taux plein l'acte de prélèvement sanguin lorsqu'il est réalisé au cours d'une séance de soins infirmiers, y compris pour les soins réalisés à domicile pour les patients dépendants (pour l'association de cet acte aux forfaits BSI à compter de mai 2020).

L'avenant acte également l'extension du champ de la majoration pour acte unique aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5.

La valorisation des nouveaux modes d'organisation et l'usage des outils numériques

A) L'implication des infirmiers dans la réalisation d'actes de téléconsultation

À compter du 1er janvier 2020, un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation sera créé, en lien avec le médecin, valorisé différemment selon que l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (acte à 10 €), ou organisé de manière spécifique à domicile (acte à 15 €) ou dans un lieu dédié aux téléconsultations (acte à 12 €) (sous réserve de la parution de la décision Uncam actant ces nouvelles valorisations).

B) Une aide à la modernisation et à l'informatisation

Une aide à la modernisation et à l'informatisation est mise en place. D'un montant de 490 €, elle regroupe les différentes aides à la télétransmission versées auparavant (aide à la télétransmission, aide à la maintenance, aide SCOR). Elle sera versée à l'infirmier, en contrepartie du respect de certains engagements :

- l'utilisation d'un logiciel DMP-compatible ;
- d'une messagerie sécurisée ;
- atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal à 70 % ;
- utilisation de SCOR ;
- utilisation d'une version de logiciel de facturation Sesam Vitale à jour.

L'aide prévoit un indicateur bonus sur l'exercice coordonné (aide supplémentaire de 100 € si l'infirmier est impliqué dans la prise en charge coordonnée des patient (équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients).

L'aide prévoit également des indicateurs optionnels :

- l'infirmier impliqué dans la réalisation d'actes de téléconsultation pourra percevoir, en sus, une aide financière à l'équipement de vidéotransmission (350 €/an) ou en appareils médicaux connectés (175 €/an) ;
- l'infirmier impliqué dans le déploiement du Dossier Médical Partagé pourra percevoir, en sus, une aide financière valorisant chaque ouverture de dossier à hauteur de 1 €.

De nouvelles modalités d'exercice conventionnel

A) Un dispositif de plafonnement journalier des indemnités kilométriques (IK)

Un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé des indemnités kilométriques est mis en place :

- abattement de 50 % du tarif du remboursement des IK à partir de 300 km par jour ;
- abattement de 100 % du tarif du remboursement des IK à partir de 400 km par jour.

Par ailleurs, un groupe de travail conventionnel visant à clarifier les conditions de facturation des indemnités kilométriques notamment sur la définition de la notion d'agglomération et sur les possibilités de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche est mis en place en 2019.

B) Évolution des conditions générales d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

Un encadrement des conditions d'exercice des salariés des infirmiers libéraux conventionnés est mis en place : ces derniers devront notamment se déclarer auprès de la caisse, justifier d'une activité professionnelle préalable auprès de la CPAM au même titre qu'un infirmier remplaçant et produire à la CPAM leur contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche.

De plus, un encadrement des conditions d'exercice des infirmiers prestataires de services est mis en place : ces derniers seront tenus, à l'instar de tout infirmier libéral, de justifier auprès de la CPAM de la même expérience professionnelle préalable demandée à un infirmier pour une installation ou un remplacement en libéral sous convention.

En outre, l'expérience professionnelle réalisée par un infirmier au Québec pourra désormais être comptabilisée au titre de l'expérience requise avant tout remplacement ou toute installation en libéral.

Par ailleurs, l'expérience professionnelle préalable exigée pour les infirmiers souhaitant s'installer en libéral après une expérience en tant que remplaçant en libéral est alignée sur celle des infirmiers souhaitant s'installer en libéral sous convention directement après une expérience en structure (24 mois en structure ou 18 mois en structure + 6 mois de remplacement).

Enfin, une équivalence en nombre d'heures et de jours de l'expérience requise en tant qu'infirmière remplaçante est définie au sein de la convention nationale (6 mois sous contrat de remplacement dans les 6 ans précédant la demande d'installation en libéral ou 800 heures ou 109 jours (au lieu des 730 jours exigés précédemment)).

ANNEXE 2 : Liste des SSIAD répondants et remerciements

VILLENEUVE D'ASCQ	MONS EN BAROEUL
RONCHIN	FACHES THUMESNIL
WILLEMS (ADAR)	BACHY - PHALEMPIN- TEMPLEUVE
GONDECOURT	ANNOEULLIN
THUMERIES	SECLIN
RAISMES	CAMBRAI
HALLUIN	HEM
LEWARDE	CROIX
TOURCOING	ARMENTIERES
LINSELLES	St AMAND
LE CATTEAU	SOLESMES
LOMME	CAMBRAI Est CARNIERES
SOMAIN	MERVILLE
WASQUEHAL/MARCQ	MARCOING
DOUAI	ARLEUX
LEERS	AULNOYE-AYMERIES
LANDRECIES	COMINES
VALENCIENNES	MARQUETTE-LEZ-LILLE
ROUBAIX	FLERS EN ESCREBIEUX
LA MADELEINE (LMSIAD)	SSIAD CRF Antenne TOURCOING
CAUDRY	

Remerciements :

Ce travail a été concerté et réalisé avec l'appui et le soutien de nombreux acteurs (UDCCAS, SSIAD, Pilotes des MAIA du Nord, EOLLIS) et nous remercions chacun d'entre eux pour leur investissement et leur participation.

Nous tenons également à remercier le groupe de travail pour l'écriture et la relecture :

Madame Valérie STAES, Chargée de mission sur les politiques autonomie UDCCAS Nord

Madame Candice RODRIGUES, Directrice SSIAD/ESAD de Thumeries

Madame Bénédicte GESQUIERE, Infirmière Coordinatrice, SSIAD de Mons en Baroeul

Madame Bélinda WAL, Responsable SSIAD-ESAD de Tourcoing

Madame Emeline MARANTE, Pilote MAIA Tourcoing Vallée de la Lys

Madame Anne-Sophie BARTIER, Pilote de la MAIA Lille Métropole Sud Est

ANNEXE 3 : Rencontres de travail

8 commissions Inter-SSIAD

- 26/01/2016,
- 17/05/2016,
- 02/08/2016,
- 08/06/2018,
- 06/12/2018,
- 28/03/2019,
- 13/05/2019,
- 05/06/2019.

4 rencontres avec des partenaires ou des financeurs :

- 29/09/2016 : rencontre ARS avec les 10 SSIAD
- 25/06/2018 : rencontre HAD/SSIAD
- 23/04/2019 : rencontre SSIAD/URPS Infirmiers
- 03/05/2019 : rencontre ARS/SSIAD/UDCCAS

15 réunions en petit groupe de travail :

- 05/08/2016,
- 10/11/2016,
- 24/11/2016,
- 19/12/2016,
- 12/06/2017,
- 08/01/2018,
- 15/03/2018,
- 26/03/2018,
- 05/12/2018,
- 18/01/2019,
- 29/04/2019,
- 21/05/2019,
- 23/05/2019,
- 29/05/2019,
- 24/06/2019,
- 04/07/2019,
- 06/08/2019,
- 08/08/2019.

Réunions de travail UDCCAS

10/04/2018 : rencontre avec l'ARS et SSIAD gérés par un CCAS

21/09/2018 : rencontre avec les SSIAD/HAD

18/11/2018 : rencontre avec les SSIAD/CPAM